

1

社会福祉施設従事者相互保険(団体定期保険)
加入申込書兼告知書・異動報告書

ジブラルタ生命保険株式会社 御中
下記の「加入(異動)日」から効力が発生することを承知のうえ、本申込をいたします。新規加入または増額の申込者は、正常に勤務または就業し、かつ本保険契約の加入資格を有しており、この申込書兼告知書に記載の事項および告知した事項は、事実と相違ありません。また申込日から加入(増額)日までに健康状態に変化が生じた場合は、改めて告知をいたします。もし上記に相違した場合は、契約またはその一部が解除されても異議ありません。

加入日 令和 8 8 年 8 8 月 1 日
お申込(告知)日(記入日) 令和 8 8 年 8 8 月 8 8 日

契約者
公益財団法人 社会福祉振興・試験センター

個人情報の取扱いについて
社会福祉施設従事者相互保険の運営にあたっては、公益財団法人社会福祉振興・試験センターは加入対象者(被保険者)の個人情報(氏名、性別、生年月日、健康状態等)を取り扱い、公益財団法人社会福祉振興・試験センターが団体定期保険契約を締結する生命保険会社(共同取扱会社を含みます。以下同じ)へ提供いたします。公益財団法人社会福祉振興・試験センターは当該保険制度の運営において入手する個人情報を、本保険の事務手続きのために使用いたします。生命保険会社は受領した個人情報を各種保険の引受け・継続・維持管理、保険金・給付金等の支払い、その他保険に関連・付随する業務のために利用し(注)、また、公益財団法人社会福祉振興・試験センター、他の生命保険会社および再保険会社へ上記目的の範囲内で提供します。なお、今後、個人情報に変更等が発生した際にも、引続き公益財団法人社会福祉振興・試験センターおよび生命保険会社においてそれぞれ上記に準じ個人情報を取り扱われます。なお、団体定期保険契約の委託会社は、今後、変更する場合がありますが、その場合、個人情報の変更後の委託会社に提供されます。(注)保健医療等の機微(センシティブ)情報については、保険業法施行規則により、利用目的が限定されています。

【被保険者の告知事項】
(1) 申込(告知日)現在、休業・欠勤していますか。また病気や外傷による就業制限(\*)がありますか。
(2) 過去1年以内に病気または外傷により継続して2週間以上の入院をしたことがありますか。
(\*)「就業制限」とは、勤務先または医師等により労働時間の短縮、時間外労働の制限、労働負荷の制限などを指示されている場合をいいます。
※告知事項(1)または(2)が「はい」の場合は、告知欄について「はい」を○印のうえ別途『被保険者の告知書』を提出してください。
(1)(2)いずれも該当しなければ「いいえ」を選択してください。
「いいえ」の場合は『被保険者の告知書』の提出は不要です。

法人名・施設名(ゴム印可)
施設印
県コード 000888
施設種類コード 888888
事業所コード 888888

Table with columns: 申込コード, 被保険者番号, 被保険者氏名(カタカナ), 性別, 生年月日, 保険金受取人, 現在加入保険金額, 新保険金額, 告知欄, 被保険者同意印, お届出記入欄. Contains 5 rows of data for facility operators.

【申込コード】
1. 新規 2. 脱退 3. 転出 4. 転入 5. 氏名訂正 6. 生年月日訂正 7. 性別訂正 8. 死亡
性別 1. 男 2. 女
年号 3. 昭和 4. 平成

生命保険会社使用欄
募集会社CD
営業所CD
取扱者CD

★【同意印欄】新規加入・増額時のみ必要
本制度の加入勤奨資料(パンフレット)に記載の内容(契約概要・注意喚起情報を含む)を了承し、申込書記載の事項および告知欄記載の告知事項は、事実と相違ないこと、ならびに告知に際し生命保険会社の職員・代理店・団体の事務担当者から事実を告知することを妨げられたりあるいは事実と異なることを告知するように勧められたことはないことを誓約するとともに、契約内容(保障内容・保険金額等)が申込者の意向(コース)に合致していることを確認のうえで申込みます。また個人情報の取扱いについて受取人とともに承知し、同意します。